

記入例(変更) **赤枠**内をご記載ください。

自立支援医療費支給認定申請書(精神通院) (新規・再認定・変更^{注1})

「変更」に○をしてください。

前回受給者番号 ※（新規の場合空欄）						新 規：11 再認定：12 変 更：32	精神障害者保健福祉手帳番号						
有効期限	令和	年	月	日			有効期限			年	月	日	

注・前回の申請内容と異なる場合は、右の□内に☑印をつけてください。

障害者・児	氏名	カナ	マツト・タロウ										生年月日		年	月	日
		漢字	松戸		太郎								(大平)昭令		19	11	11
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	電話番号 047-366-7348		
	〒	271		-8588		※住所コード		1	2			松戸(市)町村					
	住所	字地名番	根本387-5														
	方書	松戸市役所新館3階															

対象者の氏名、生年月日、
個人番号(マイナンバー)、
電話番号、住所をご記載く
ださい。

[illegible]

対象者が18歳未満の場合、
保護者の氏名、続柄、個人
番号(マイナンバー)、電話
番号、住所(対象者と異なる
場合のみ)をご記載ください。

[illegible]

**保険証が変わった場合のみ、保険
者名を記載してください。**

保険証が変わった場合のみ、保険証の記号・番号をご記載ください(後期高齢者医療保険の場合は被保険者番号)。記号と番号の間は1マス空けてください。

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定
病状の変化又は治療方針の変更	有 ・ 無

保険証が変わった場合、同一保険加入者が変わった場合に、対象者と同一保険の加入者の氏名、個人番号を記入。
(例)・社会保険⇒被保険者のみ
・国民健康保険、後期高齢⇒同一保険に加入している全ての方

受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。）	種 別	医療機関名	所在地・電話番号	※医療機関
	病院・診療所	〇〇病院	千葉県松戸市〇〇町1111 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	受診する医療機関が複数ある場合は、名称・所在地・電話番号を複数記載してください。 その他欄については、訪問看護や検査病院、検査センター等も記載ください。
	薬 局	△△薬局 ▽▽店	千葉県松戸市〇〇町2222 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	その他（訪問）	□□訪問看護ステーション	千葉県松戸市〇〇町3333 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

受診する医療機関が変わった場合、追加・削除する場合、名称・所在地・電話番号をご記載ください。その他欄については、主治医の指示がある場合のみ、訪問看護や検査病院、別治療のための病院等をご記載ください。

千葉県知事 様

令和〇〇年△△月□□日

申請者氏名 松戸 太郎

申請日と対象者氏名を直筆でご記載ください(対象者が18歳未満の場合は保護者の氏名)。

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

注

- 2 変更の場合は、「障害児・者」欄及び変更のある事項のみ記入すること。

ここから下の欄には記入しないでください。

※市町村処理欄	前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当					
	今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続(県処理欄)	該当・非該当					
	所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書		標準負担額減免認定証	生活保護受給世帯の証明書	その他()				
	診断書の提出区分	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規			手帳同時申請の場合、始期を合わせる			希望		
	有効期間	令和		～	令和		まで			